FIOCRUZ

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

31

radis
REUNIÃO, ANÁLISE E DIFUSÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - MANGUINHOS

ABRIL · 1993

MUNICIPALIZAÇÃO EM MANHUAÇÚ (MG)

Prioridades da saúde são traçadas pela população organizada

Foto Cintia Camargo (SES-MG)

Prédios como o da Escola Municipal João Cláudio Robadel são utilizados na assistência integral à saúde em Manhuaçu.

Com uma estrutura inteiramente voltada para a qualidade de vida de seus 75 mil habitantes, a experiência da Secretaria de Saúde de Manhuaçu comprova que onde se aliou vontade política e o conhecimento técnico já existente, o processo de municipalização da saúde consegiu melhorar tanto a assistência prestada à população como implementar medidas de impacto na área da prevenção.

(Páginas 6 e 7)

OPINIÃO

Sem medo de municipalizar

O pesquisador Antonio Ivo de Carvalho, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, analisa o documento **"Municipalização das Ações e Serviços de Saúde - A ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei"**, em discussão pelo Ministério da Saúde, que define como será operacionalizada a descentralização do sistema no Governo Itamar Franco. **(Página 8)**

CONJUNTURA

Parlamentarismo x Presidencialismo

O País está diante de uma nova encruzilhada capaz de mudar o dia-a-dia de cada cidadão? Ou corremos o risco de, passado o momento da grande decisão, descobrirmos "que o buraco é mais embaixo"? (Página 3)

Jamil quer mais verbas para a saúde e municipalização imediata

O Radis foi a Brasília e ouviu com exclusividade o Ministro da Saúde, Jamil Haddad, que mostrou como pretende combater os abusos ainda praticados pela indústria farmacêutica e as resistências à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele falou também sobre a postura do Ministério frente à revisão constitucional em outubro e concordou que os compromissos assumidos pelo País com os credores internacionais dificultam a solução da grave crise social brasileira. (Páginas 4 e 5)

CARTAS

Usuária do Radis

Gostaria de parabenizar a iniciativa desta instituição, que através do Programa Radis distribui as revistas Súmula, Tema, Dados e o jornal Proposta.
Como profissional da área da saúde (assistente social), atualmente ministrando um curso técnico de capacitação em saúde para auxiliares de enfermagem, as revistas e o jornal me serão muito úteis para ilustração e pesquisa na sala de aula.
Desde já fico muito grata pela atenção e certa de que continuarei inscrita entre os usuários do Programa Radis. **Maria Aurea Cordeiro Pacheco - Bom Jesus do Norte (ES)**

Do Sul para Tocantins

Por achar de suma importância a atualização de informações sobre saúde, venho solicitar a vocês orientação e material publicados sobre o assunto.
Tive a oportunidade de receber as publicações do Radis em 1988, quando estava no Rio Grande do Sul, que me foram muito proveitosas. A equipe com quem trabalhava parabenizava-os pelo tão dedicado interesse do Radis em poder e querer repassar informações.
Novamente gostaria de receber as publicações editadas e distribuídas por vocês, agora em meu novo endereço. **Maria Leny Ledesma - Gurupi (TO)**

Mulher informada

Cumprimentamos a equipe do Radis e, na oportunidade, parabenizamos a Fiocruz pelo trabalho que vem realizando em prol de uma melhor condição de vida para o ser humano, contribuindo de alguma forma para a elevação da consciência e do exercício da cidadania.
Desejaríamos conhecer melhor as atividades desenvolvidas pelo Radis, estabelecendo, se possível, uma troca de experiências. Neste sentido, solicitamos o envio de publicações, informações sobre projetos implementados e subsídios que, com certeza, contribuirão para o aperfeiçoamento das nossas ações e para uma maior integração dos nossos objetivos comuns. **Maria Rodrigues Pinheiro (Assessora Jurídica do Conselho Cearense dos Direitos da Mulher) - Fortaleza (CE).**

Gestor do SUS-MG

Agradeço a gentileza do envio da Súmula 34, de fevereiro de 93, parabenizando esta equipe pela importância dos artigos publicados. **José Saraiva Felipe (Secretário de Estado da Saúde e Gestor do SUS em Minas Gerais) - Belo Horizonte (MG)**

PROPOSTA
Jornal da Reforma Sanitária

EXPEDIENTE

O **PROPOSTA - JORNAL DA REFORMA SANITÁRIA** é um órgão oficial da **Fundação Oswaldo Cruz**, editado pelo **Programa Radis** (Reunião, Análise e Difusão de Informação sobre Saúde), da **Escola Nacional de Saúde Pública** (Ensp).
Presidente da Fiocruz: Carlos Morel; **Diretora da Ensp**: Maria do Carmo Leal; **Coordenador e Editor do Radis**: Alvaro Nascimento; **Redação**: Rogério Lannes e Jane Paiva; **Ilustração**: Carlos Xavier (Caco); **Informática**: Valéria da Silva; **Administração**: Jandira Vilhena; **Aux.Administrativos**: Marisa Aguiar e Marcos Antonio Aguiar; **Editoração**: Multimeios/CICT/Fiocruz.
PROGRAMA RADIS: Av. Brasil, 4036 - sala 509/510/511/513/515 - CEP 21.040-361 - Manguinhos - Rio de Janeiro (RJ) - Tel. (021) 260-7979 - FAX 21-2609944 - Telex 21-37623 FUOC BR.

CACO

DOSE DUPLA

Ibam tem curso para dirigentes da saúde

O Núcleo de Saúde do Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam) promoverá curso de capacitação político-gerencial destinado prioritariamente aos secretários municipais de saúde ou seus assessores diretos. O objetivo central será a capacitação destes dirigentes, através de instrumentos que os auxiliem do ponto de vista técnico, político e administrativo no processo de gestão dos órgãos locais de saúde.
Com carga total de 80 horas, o curso será dividido em três módulos: Análise da Situação Sanitária, Organização da Atenção à Saúde e O Dirigente Frente à Gestão de Recursos.
Parcialmente financiado pela Unicef, a iniciativa conta com os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, a níveis nacional (CONASEMS) e estaduais (COSEMS), como órgãos responsáveis pela articulação interinstitucional e pela estratégia de viabilização, desde a constituição da equipe de docentes até a sua própria execução. Maiores informações podem ser obtidas pelo telefone (021) 266-6622 - ramais 338 e 278.

Fiocruz tem novos vídeos em cartaz

O Núcleo de Vídeo da Fundação Oswaldo Cruz - que há cinco anos vem se transformando em pólo nacional de referência na difusão de informações audiovisuais no setor saúde - atualizou a listagem de títulos que integram seu acervo. São cerca de 200 vídeos sobre os mais diversos assuntos ligados à saúde pública, como aids, cólera, dengue, experiências de municipalização e outros, cujas cópias podem ser solicitadas a partir do envio de fitas virgens.
Para receber o catálogo atualizado em papel ou disquete virgem flexível (5 e 1/4), basta entrar em contato com o Núcleo de Vídeo do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fiocruz, pelo telefone (021) 280-9441.

Onde?

Aumentar a presença do Estado na área da saúde para que milhões de pessoas que hoje não recebem qualquer tipo de assistência médica tenham acesso aos serviços; aumentar os gastos com vacinação de crianças; injetar recursos nos programas de controle de doenças como aids e tuberculose; elevar investimentos para criar programas de educação e treinamento de profissionais da saúde para que o setor público melhor se capacite no atendimento à população; profunda reforma no sistema de saúde com base na universalização da cobertura, redução no preço dos medicamentos e das despesas hospitalares, hoje acima do nível aquisitivo da população. Finalmente, reformular a relação com as empresas de seguro-saúde, tornando o Estado mais presente no setor.
Estas propostas não fazem parte de nenhum documento sobre a crise enfrentada pelo setor saúde no Brasil. São tópicos do programa para a área social de Bill Clinton, Presidente dos Estados Unidos, que certamente influenciaram os eleitores americanos na decisão de colocá-lo na Casa Branca.

Quatro pedidos de Cristóvão Buarque

O Professor Cristóvão Buarque, ex-Reitor da Universidade de Brasília, que representou a sociedade civil na posse de Carlos Morel, primeiro Presidente da Fiocruz eleito pelos servidores da Instituição, fez quatro pedidos aos profissionais da área de ciência e tecnologia:
1. Que não se tranquem nos laboratórios e que trabalhem com os olhos sobre o futuro de um País que hoje vive um "apartheid" social;
2. Que essa militância em defesa de um futuro mais justo para a população brasileira não se converta em corporativismo, que no final das contas fortalece o "apartheid";
3. Que não transijam com a qualidade do trabalho. Ciência sem competência não favorece o povo;
4. Finalmente, que se eles não conseguirem ser ao mesmo tempo cientistas e militantes, que optem por serem bons cientistas, porque já temos militantes de sobra para dar conta do recado...

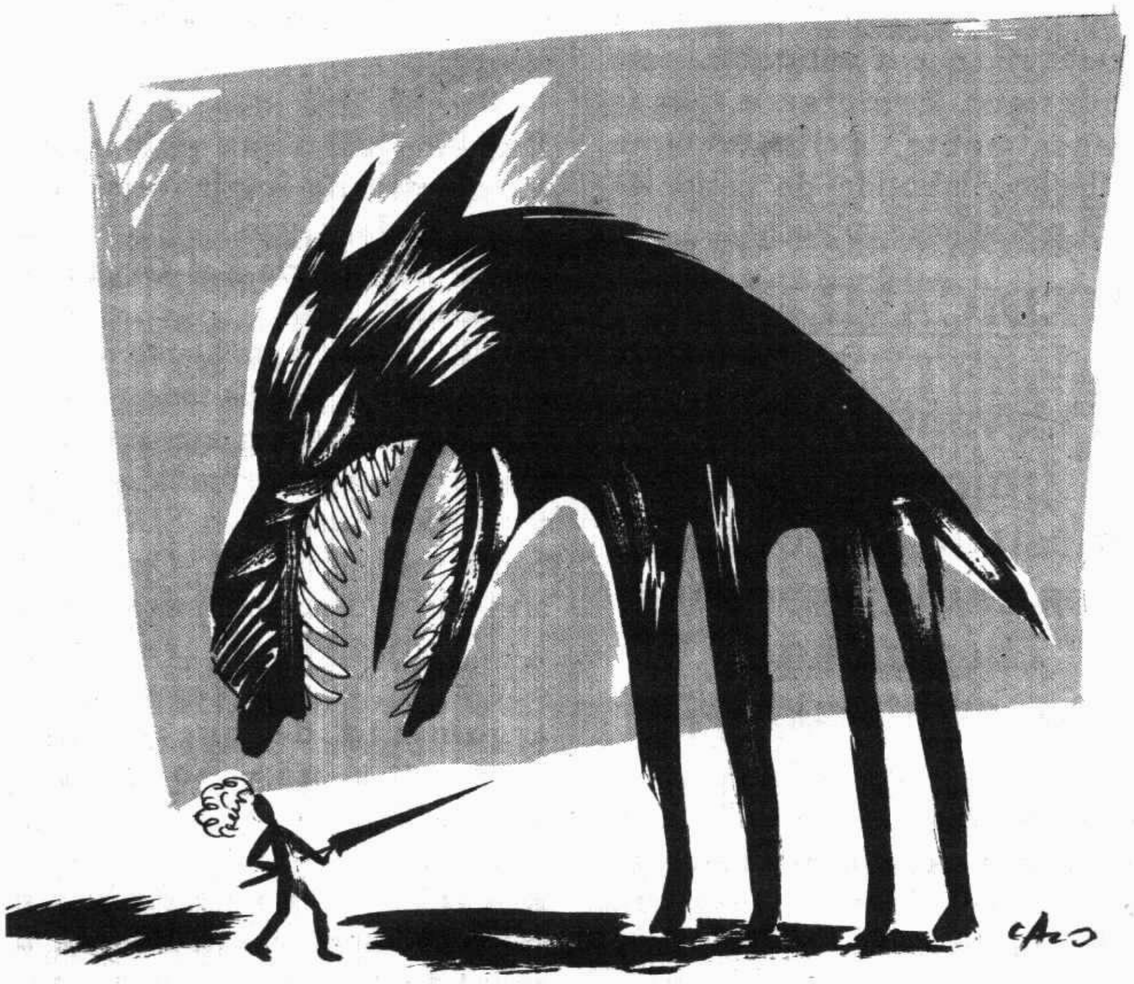
Secretários querem rever financiamento

O Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro enviou ao Ministério da Saúde uma proposta de alteração no sistema de financiamento e na forma de distribuição de recursos para o setor. Eles querem que, enquanto não for regulamentada a Lei Orgânica da Saúde, seja implantado um modelo provisório que considere o perfil epidemiológico, as características populacionais e os serviços existentes no município na hora de se decidir o repasse de verbas.

CONJUNTURA

Outra encruzilhada ?

ÁLVARO NASCIMENTO*



Ninguém deu destaque. Economistas "engajados" parecem ter esquecido o assunto. A imprensa pauta outras novidades, como se fosse possível apagar tudo que foi publicado, inclusive nos editoriais. Mas vale a pena destacar a implosão (juntamente com o Governo Collor) da falácia que representou o neo-liberalismo neste País, que trouxe prejuízos a praticamente todas as áreas, incluindo a saúde, e as alternativas de caminho que o País tem hoje.

A teoria anti-histórica de que um mercado todo-poderoso a tudo pode regular caiu por terra da mesma forma como nasceu: sem explicações convincentes.

Quando a Europa se unificava sob o comando de seus governos cada dia mais presentes na economia e os Estados Unidos elegiam Bill Clinton com uma plataforma cuja característica principal é um Estado forte na economia e competente na área social, o Brasil vivia o "encanto" do neo-liberalismo conservador.

A ditadura do mercado - que de forma mágica resolveria nosso desequilíbrio social resultante de um modelo criminosamente hierarquizado - passaria a regular transporte, saúde, habitação, saneamento, educação, cultura, energia e o que mais viesse.

Essa teoria serviu de base à implantação de uma recessão draconiana que deixou o País ainda mais pobre, mais desempregado, mais analfabeto, mais doente, com mais inflação e menos crescimento.

Ainda estamos esperando a auto-crítica de todos os "chapas-brancas", economistas ou não. Não é revanchismo. Mas uma das maneiras de não repetirmos erros similares no futuro.

Esta é a mais pesada herança colocada sobre os ombros do Presidente Itamar Franco e seus ministros. E ai deles se tentarem resolver todos os seus intrincados aspectos sem a participação da sociedade brasileira. Se alguma coisa aprendemos com o processo de "impeachment", foi que não há espaço para super-homens neste País e que os canais de controle e participação social devem ser abertos e estimulados.

E aí reside o outro componente da crise. Nossa sociedade - que se formou aprendendo às vezes por bem e às vezes por mal a ser tutelada pelo Estado - encontra imensas dificuldades em manter os espaços que conquista.

O Brasil vive um momento de decisão. Onde está a novidade? Foram tantos as "encruzilhadas decisivas" nos últimos dez anos que as análises de conjuntura quase poderiam ser republicadas na íntegra a cada novo embate. Só para relembrar (e desmentir essa história de que não temos memória), avançamos em 84 com as diretas já; em 85 com Tancredo; em 86 com o Cruzado; em 88 com a Constituinte; em 89 com as diretas mesmo e em 92 com o "impeachment".

Foram momentos de construção de canais de representação de uma sociedade que queria aliar ética à melhoria de vida. Mas chegado o ápice destas lutas, a mobilização se transformava em esperança de que o Estado-tutor tudo resolveria. E as ruas eram abandonadas, os órgãos de representação social se esvaziavam e a esperança de que "tinha que dar certo" era a única coisa que se mantinha.

As elites, que nestes processos de mobilização recuavam e eram obrigadas a ceder em suas políticas sociais e econômicas, aproveitavam a fase seguinte de desmobilização para retomar o que haviam perdido. E refaziam o ciclo de acumulação de poder político e econômico.

A questão hoje é como a sociedade conseguirá quebrar estes ciclos de conquistas e recuos, fazendo com que o Estado incorpore o grande volume de demandas sociais de uma forma nova. Para isso, ela precisa olhar o Estado de forma distinta: não como tutor, mas como instrumento seu para viabilizar mudanças.

Esta compreensão coloca o debate sobre a adoção do parlamentarismo ou do presidencialismo num outro patamar, diferente e mais elevado do que tem sido veiculado por ambas as campanhas. Nos países que aprendemos a chamar de "mais desenvolvidos", os sistemas de governo e seus pressupostos (partidos fortes, poderes independentes, eleições periódicas e sistema representativo) já se mostram incapazes de enfrentar as demandas sociais. Neles, formas alternativas de gestão do Estado via controle social já substituem fórmulas que hoje são apresentados ao Brasil como a mais nova "saída" para seus problemas. E vamos nós de novo às ruas, palanques e urnas, optar em nova encruzilhada. Novamente atrasados em relação ao que há de verdadeiramente avançado no mundo.

O novo não está na simples adoção do parlamentarismo ou de um novo presidencialismo, mas nos mecanismos sociais (muitos já existentes na Constituição, como no caso da saúde) que seremos capazes de criar e sustentar para que os avanços não sejam sufocados pelos recuos como nas diretas já, com Tancredo, no Cruzado, na Constituinte, nas diretas mesmo e no "impeachment".

Este é nosso verdadeiro desafio. À sociedade, cabe quebrar com a secular relação de tutela mantida com o Estado. Ao Governo, aliar capacidade técnica e sensibilidade política para se abrir à mesma sociedade que requer cada vez mais participação, independente da forma e do sistema de governo.

*Álvaro Nascimento é Coordenador e Editor do Programa Radis da Fiocruz.

Jamil quer acelerar municipalização e mais verbas para a saúde

ROGÉRIO LANNES

Investigar, com a ajuda do Unicef, o verdadeiro custo dos medicamentos produzidos pelos laboratórios multinacionais e fazer baixar o preço dos medicamentos através de mudanças na legislação; acelerar a municipalização da saúde e propor para o Sistema Único de Saúde (SUS) um percentual do orçamento da União, quando houver a reforma constitucional, são alguns dos compromissos assumidos nesta entrevista pelo Ministro da Saúde Jamil Haddad. Senador pelo Rio de Janeiro e Presidente do Partido Socialista Brasileiro (PSB), ele afirma que a dívida externa "já está paga" e que o dinheiro destinado anualmente ao pagamento dos juros deveria ser investido em saneamento e outros projetos no campo social.

RADIS: O controle de preços dos medicamentos é uma política de curto prazo. Como o Governo pretende estabilizar o preço desses produtos no mercado e como o Brasil pode chegar à auto-suficiência na produção de medicamentos e imunobiológicos?
MINISTRO: Não há sentido em ficar discutindo mês a mês a redução do preço de medicamentos. É necessária uma política de medicamentos que passe, em primeiro lugar, pelo investimento na rede oficial de laboratórios para aumentar sua capacidade produtiva.
Em segundo lugar, precisamos substituir o ato de receitar a marca do remédio, pela prescrição do sal correspondente, o genérico. Esta legislação deverá obrigar a que apareçam do mesmo tamanho na embalagem dos remédios o nome do produto e o do genérico.
Outra medida seria a retirada do ICMS, que representaria 22% dos custos. Pensamos ainda na importação de sais ou de produtos prontos. Há um entendimento com Cuba para a colocação dentro do País de medicamentos prontos a um preço muito baixo. Pensamos ainda em contar com a colaboração da indústria nacional, que está ociosa, fornecendo sais importados para que ela também produza para nós.
Queremos ter também um fluxo mensal de pagamentos à Ceme (Central de Medicamentos) ou à Secretaria que a substituir, para podermos comprar e pagar mensalmente, evitando uma inflação embutida de cerca de 40% nos valores cobrados.

MEDICAMENTOS

"O levantamento da Unicef vai nos mostrar que os sais das multinacionais chegam aqui superfaturados"

RADIS: Como identificar a ocorrência de superfaturamento na compra de matéria-prima pelos fabricantes e o que pode ser feito a este respeito pelo Governo?
MINISTRO: A Unicef está fazendo um levantamento sobre o custo dos sais dos medicamentos nos vários países, que deverá nos mostrar com clareza que os sais das multinacionais chegam aqui superfaturados. Eles vêm a preços já combinados entre a matriz e a filial e, se você for analisar as planilhas, vai achar que elas estão mais ou menos razoáveis. Comprovado o superfaturamento, faremos uso de toda a legislação disponível, como a do abuso de poder econômico.

RADIS: Qual o papel da Fiocruz nesta política?
MINISTRO: Em Washington negociei um projeto para a auto-suficiência em imunobiológicos e hemoderivados envolvendo a Fundação Oswaldo Cruz, a Fundação Nacional de Saúde, a Coordenção de Sangue e Hemoderivados e o Instituto Butantã. Com estes recursos externos nós teremos condições de acabar o mais rápido possível a fábrica de imunobiológicos da Fiocruz.

RADIS: Qual a previsão de prazo para a concessão deste financiamento?
MINISTRO: Começamos a negociação em fevereiro, mas sentimos que há por parte do Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (Bird) uma boa receptividade para este projeto.

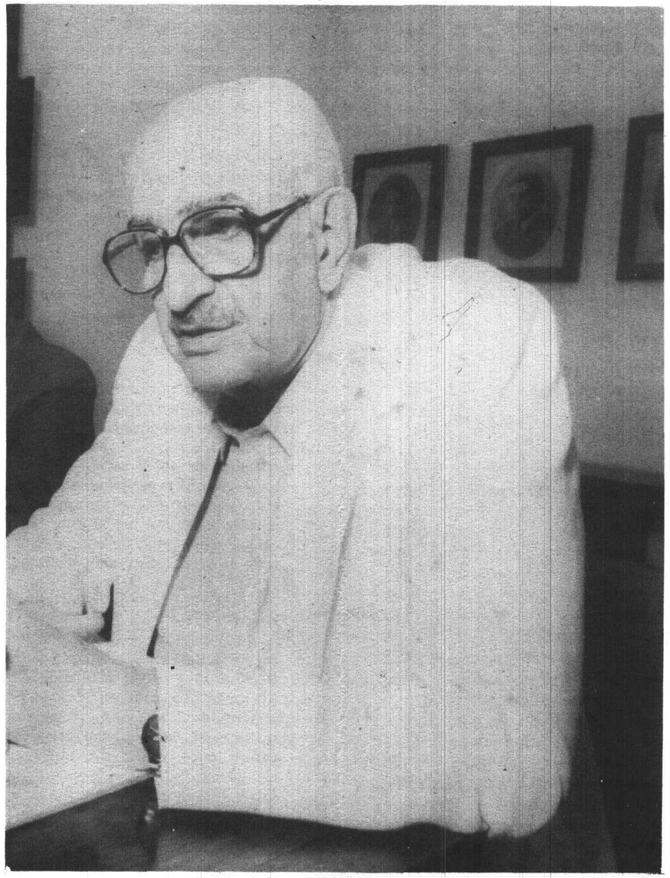
RADIS: Qual a sua visão sobre o processo de implantação do SUS, desde a promulgação da Constituição e da Lei Orgânica da Saúde?
MINISTRO: O que houve foi um sucateamento real da rede pública para propiciar um atendimento maior da rede privada e para tentar desmoralizar o SUS, para considerá-lo inviável. Queremos acelerar a descentralização para que, quando a revisão constitucional chegar, este argumento de que o SUS fracassou não possa ser apresentado.

RADIS: Na revisão constitucional prevista para o segundo semestre deste ano, quais são os riscos de retrocesso e o que é possível acrescentar para o aprimoramento da legislação?
MINISTRO: Não acredito que haverá retrocesso. Nossa luta será para introduzir a previsão de destinação de um percentual para a saúde dentro do orçamento da União, a exemplo do que ocorre com a educação.

RADIS: De que maneira o Governo Federal pretende acelerar a descentralização da saúde?
MINISTRO: Temos um anteprojeto pronto, que está sendo apresentado ao Conselho Nacional de Saúde e aos secretários municipais e estaduais de saúde, para que discutam as medidas que apresentamos para acelerar a municipalização.

SUS

"Houve um sucateamento da rede pública para propiciar um atendimento maior da rede privada e para desmoralizar o Sistema Único de Saúde"



Jamil Haddad não acredita em retrocesso na revisão constitucional.

RADIS: O documento "A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei" pode realmente ser considerado como a expressão da política a ser implementada pela sua gestão no Ministério?
MINISTRO: Certamente. Estamos apresentando o documento para a discussão democrática. Não estamos inventando nada, estamos querendo fazer cumprir o que a Constituição determina. Nossa proposta é de um atendimento à população extremamente democratizado, com o controle dos gastos feitos por parte dos conselhos municipais, que terão sua criação aprovada pelas Câmaras de Vereadores. Os fundos municipais de saúde receberão transferência direta de recursos, ficando livres dos repasses feitos através dos estados, que custam para repassá-los para os municípios.

RADIS: Como assegurar o controle social, visto que em muitos municípios os conselhos não exercem o papel de fiscais da gestão da saúde?
MINISTRO: Há a idéia de que, caso alguns prefeitos não aceitem ser fiscalizados pelos conselhos, nós possamos suspender a remessa do dinheiro necessário até que eles constituam seus conselhos e estes comecem a acompanhar os gastos.

RADIS: A 9ª Conferência Nacional de Saúde propôs a criação imediata do Fundo Nacional de Saúde. Sem a chave do cofre e tendo que negociar sempre com a área econômica, como o setor saúde pode assegurar seu financiamento, considerando ainda que a Previdência e o Finsocial, que sustentariam o Fundo, estão arrecadando pouco?
MINISTRO: A realidade é que não temos fonte arrecadadora própria. Recebemos 14,6% de contribuição previdenciária e cerca de 48% de 60% do Finsocial, já que 40% vão direto para o BNDES. O Finsocial vem arrecadando pouco e, infelizmente, a previsão para este ano é de que a arrecadação seja menor que a do ano passado. No orçamento elaborado pelo governo passado e que está em discussão para ser aprovado pelo Congresso, temos US$ 7,7 bilhões, o que só dá para o pagamento de serviços prestados. Para investimentos, nós vamos necessitar de mais US$ 2,5 a 3 bilhões. A expectativa é de que, através do aumento da arrecadação com o ajuste fiscal e o aumento do imposto de renda de pessoa jurídica, uma parcela venha a ser suplementada para os ministérios do campo social.

RADIS: Qual a possibilidade de se acabar a curto prazo com a compra de serviços, através do pagamento por Unidades de Controle Ambulatorial (UCAs), e iniciar o repasse direto do que é devido aos estados e municípios?
MINISTRO: Com a extinção do Inamps, os recursos serão repassados para os fundos estaduais e municipais de saúde, mas os procedimentos atuais só deixarão de funcionar a partir do momento em que já tivermos tudo municipalizado. Apesar de estar sendo acelerada, a municipalização é um processo gradativo e não tem previsão de quando estará completa.

CONSTITUIÇÃO

"Vamos descentralizar já para que o argumento de que o SUS fracassou não possa ser utilizado na revisão constitucional"

DÍVIDA EXTERNA

"Ela está mais do que paga. Se houvesse interesse (...)este dinheiro seria investido no campo social"

RADIS: A falta de isonomia e de desenvolvimento de recusos humanos de forma a adaptá-los à nova concepção do SUS parece ter sido um dos maiores obstáculos à descentralização. Como atacar esta questão?
MINISTRO: Pela atual legislação, estados e municípios deveriam destinar no mínimo 10% de seus orçamentos para a saúde, mas, na prática, poucos fazem isto. Um estado de grande porte como o Rio de Janeiro, por exemplo, só destina 2%, o que ajuda a aumentar a disparidade salarial. Esta falta de isonomia cria problemas muito sérios. Eu já pedi aos organismos representativos que estudem maneiras, assim como estamos fazendo, para que haja uma isonomia dos três setores.

RADIS: Com a reorientação da Secretaria de Administração Federal (SAF), o Ministro da Previdência, Antônio Brito, anunciou que enviaria à Ministra Luíza Erundina, em 60 dias, uma proposta de plano para a sua pasta. O senhor pensa em algo parecido? Há algum prazo para a elaboração do plano da saúde?
MINISTRO: Estamos estudando a possibilidade de partir para a reestruturação do Ministério e numa política de salários eqüânimes. Não é fácil. Por isso estamos pedindo ajuda às entidades representativas das categorias. Mas não há prazo.

RADIS: A exemplo do que ocorre com o cólera, várias doenças têm origem na falta de saneamento no País. De acordo com a Associação Brasileira de Engenharia Sanitária, 73 milhões de brasileiros não dispõem de rede de esgotos, enquanto 31 milhões não têm água potável...
MINISTRO: Nós estamos procurando ter um orçamento maior de investimentos até para poder entrar na área de saneamento. Pensamos num projeto que poderia se chamar "Botina, latrina e água fina". A idéia é você ter a criança sempre calçada para evitar verminoses, dispor de esgotos e água potável para evitar diarréias e infecções. Como isto vai exigir muitos recursos, estamos entrando em entendimentos com outros órgãos do governo para a execução de projetos conjuntos de saneamento.

RADIS: Sem dúvida, é preciso muito dinheiro para atacar o problema de saneamento. Segundo o Ministério da Ação Social seriam necessários US$ 3,5 bilhões por ano, durante 10 anos, para se chegar a níveis apenas "satisfatórios" de saneamento básico. Como o senhor vê a remessa anual de dezenas de bilhões de dólares para o pagamento da dívida externa, enquanto a população não tem água limpa e esgoto e, em conseqüência, não pode ter saúde?
MINISTRO: Minha posição é clara. A dívida externa é impagável. Ela está mais do que paga através do pagamento dos juros. Se existisse interesse dos organismos internacionais em resolver os problemas de saneamento, da fome e da miséria, era só haver um entendimento para que os juros da dívida não fossem pagos durante alguns anos, destinando estes recursos para investimentos no campo social. Um país com os nossos problemas, não pode resolvê-los sozinho. Mas você não sente por parte do poder econômico dos países do primeiro mundo um interesse real de melhorar a situação. Caso contrário, eles aceitariam estabelecer este compromisso.

População organizada traça as prioridades para a saúde

JANE PAIVA

Situado na Região Sudeste de Minas Gerais, quase divisa com o Espírito Santo, o Município de Manhuaçu conta com um sistema de saúde totalmente municipalizado, capaz de suprir as demandas de seus 75 mil habitantes - 40 mil na área urbana e 35 mil no campo. Desde 1989 o Sistema Único de Saúde (SUS) daquele município também atende a moradores de cidades vizinhas, que representam 25% da sobrecarga dos serviços ambulatoriais e 40% dos atendimentos de emergência.

Desde a 1ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1991 - que criou os Conselhos Municipal, Zonais e Locais de Saúde - o controle social passou a ser a característica principal do SUS-Manhuaçu. O Conselho Municipal, de caráter permanente, constitui-se na instância máxima de deliberação da política de saúde da região.

Embora conte com um sistema de saúde bem estruturado, o Município que vive principalmente da agricultura cafeeira e da pecuária, ainda apresenta vários desafios a serem vencidos. Segundo o Secretário de Saúde e Vice-Prefeito, Fernando Bittencourt, um dos problemas é a fixação de médicos na zona rural. Mas há também problemas com o saneamento básico, pois praticamente todo o esgoto sanitário é lançado diretamente Rio rio Manhuaçu.

Rede tornou-se competente com a municipalização

Dona Vanir Messias, dona de casa, sai de Luisburgo, localidade situada na zona rural de Manhuaçu e viaja de ônibus uma hora e meia até o centro, levando sua filha Rosinéia, excepcional de oito anos, para tratamento neurológico na Policlínica Municipal. "Às vezes trago os outros meninos, porque agora o atendimento é muito bom", afirma ela.

Morador de Mutum, município a 124 quilômetros de Manhuaçu, onde o sistema de saúde ainda não é municipalizado, o professor Assenir Scherre foi à Policlínica em busca de tratamento ortopédico para seu pai. "Na minha cidade não tem este serviço e dizem que aqui é muito bom".

Estes exemplos mostram que, além da população de Manhuaçu, os serviços de saúde do município servem também às comunidades vizinhas. A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), da aprovação da Lei Orgânica Municipal e da criação do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde, a unidade do Inamps e o posto de saúde do Estado foram repassadas à Prefeitura, que também comprou um hospital da rede privada.

Manhuaçu dividiu sua extensão territorial (1.140 Km^2) em duas Regiões Sanitárias, uma congregando quatro zonas sanitárias urbanas e outra com igual número de zonas rurais.

A Policlínica e o Pronto Socorro Municipal, no centro da cidade, dispõem de 23 leitos e 51 médicos, prestando cerca de 100 atendimentos diários nas mais diversas especialidades. Há 13 postos de saúde (alguns totalmente instalados e outros em fase de conclusão), sendo nove deles na área rural; além de quatro centros de saúde, situados em grandes distritos da área rural.

A maior parte do atendimento terciário é feita no hospital filantrópico César Leite, que dispõe de 210 leitos, com o qual a Secretaria Municipal de Saúde mantém convênio, administrando e controlando o repasse dos recursos referentes a cerca de 956 AIHs (Autorização de Internação Hospitalar) mensais.

Uma estrutura voltada para a qualidade de vida

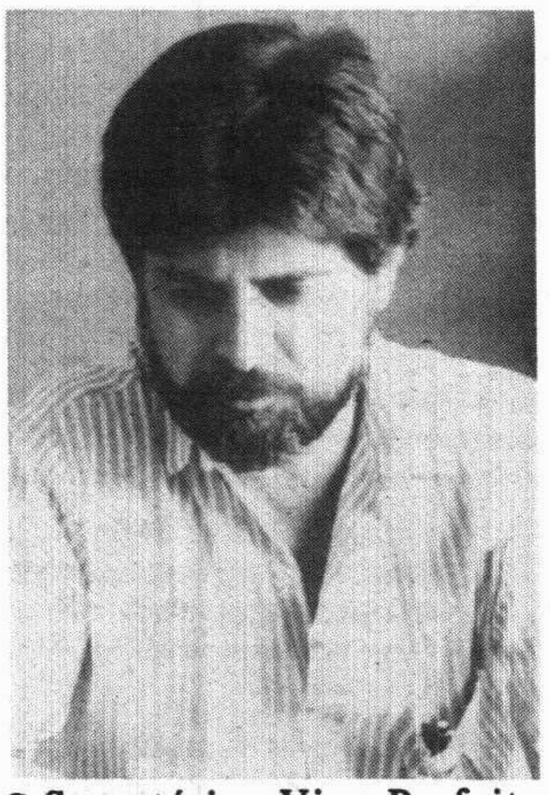
O Departamento de Vigilância Sanitária de Manhuaçu acaba de elaborar seu Código Sanitário, que será encaminhado à Câmara Municipal, tendo como objetivo, segundo a responsável pelo Departamento, a enfermeira sanitarista Maria de Fátima Oliveira, garantir ao município um efetivo poder fiscalizador, embora a prioridade seja um trabalho contínuo de educação junto à comunidade. Ela apontou que os principais problemas estão na falta de higiene no matadouro local, açougues e outros estabelecimentos e na venda de remédios com prazos de validade vencidos.

Segundo a enfermeira sanitarista Maria Cristina Duarte, Coordenadora do Departamento de Epidemiologia da Secretaria, além da vacinação, que vem obtendo uma cobertura entre 98% e 100%, todas as crianças atendidas nas unidades de saúde estão cadastradas. Este trabalho foi facilitado com a implantação do sistema de informatização do SUS-Manhuaçu e cartas-padrão são endereçadas aos pais, caso não compareçam na data marcada para o retorno da consulta. Com isso, o número de casos de doenças previníveis se restringiu, no período de agosto a dezembro de 1992, a 57 notificações, sendo 18 casos de rubéola, 14 de caxumba, 12 de hepatite, 7 de meningite, 4 de coqueluche, 1 de catapora e 1 de tétano.

Num município totalmente margeado por rodovias federais, cerca de 60% dos atendimentos do pronto-socorro, em paciente maiores de 15 anos, foram registrados na área de traumato-ortopedia. Já na faixa de zero a quatro anos de idade, a maior incidência se relaciona às doenças do aparelho respiratório.

Os sérios problemas de saneamento básico, somados ao baixo poder aquisitivo de parcela considerável da população, estão relacionados às principais causas de mortalidade infantil na região: doença infecciosas e parasitárias, pneumonias e deficiências nutricionais. Tal situação resulta num coeficiente de mortalidade, estável desde 1988, na ordem de 52 para cada mil nascidos vivos.

Foi a partir das estatísticas de mortalidade infantil que o SUS-Manhuaçu criou o Centro de Atenção aos Desnutridos, que faz parte de um conjunto de programas específicos, como os grupos de acompanhamento de diabéticos, gestantes e pacientes de doenças crônicas como tuberculose e hanseníase. O serviço realiza avaliação nutricional, reuniões de orientação às mães e distribuição de dois quilos de leite em pó integral por mês a 150 menores.



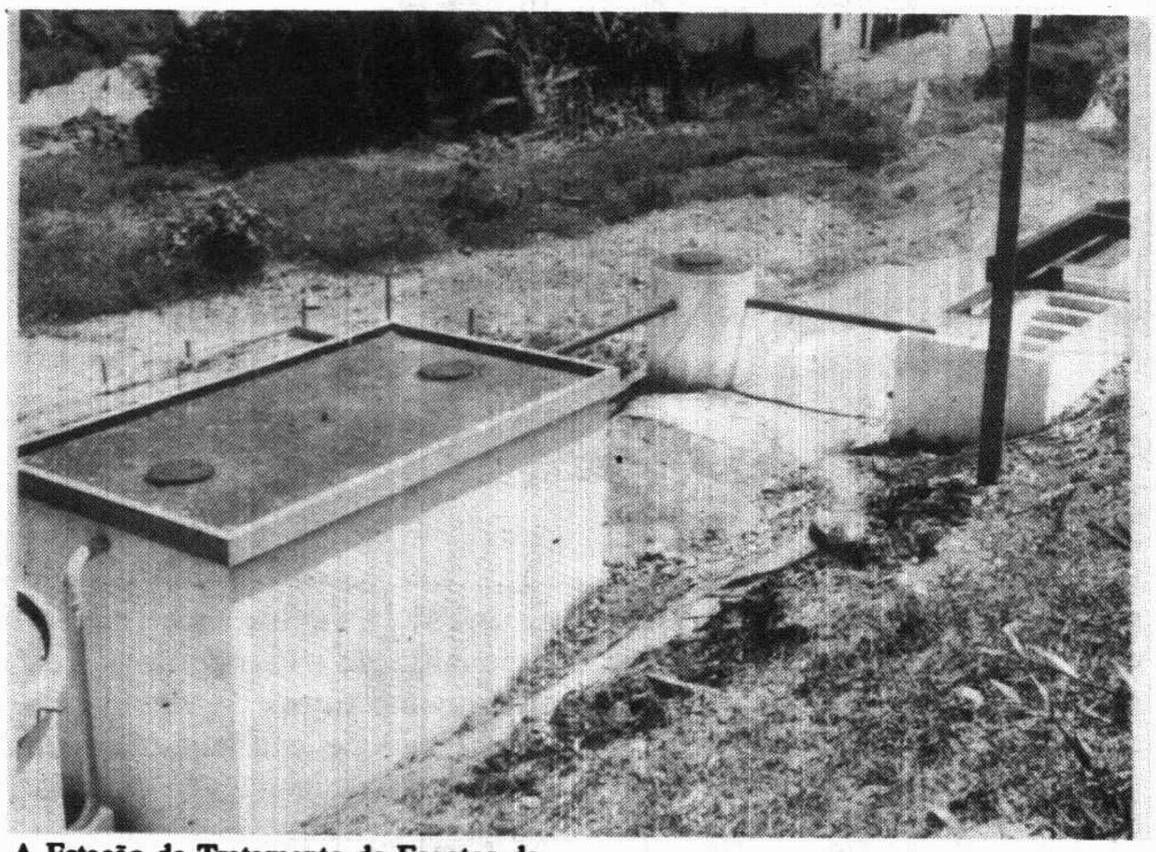
O Secretário e Vice-Prefeito Fernando Bittencourt.

O SUS-Manhuaçu também dispõe de um hemocentro, que registra cerca de 200 doações mensais de sangue para atender aos hemofílicos e às demandas dos serviços hospitalares; bem como com um serviço de hemodiálise com 63 pacientes inscritos.

A Secretaria vai enviar projeto à Câmara Municipal estabelecendo gratificações de estímulo aos médicos que aceitarem trabalhar no campo, com percentuais variáveis de 30% a 80%. Assim, o Secretário e Vice-Prefeito, o médico Fernando Bittencourt, pretende fixar médicos na zona rural, uma das grandes dificuldades do município.

Controle social garante continuidade dos programas

Fotos: Cintia Camargo



A Estação de Tratamento de Esgotos do distrito de Realeza.

- Municipalização só existe quando o cidadão participa e decide sobre a política de saúde. O simples repasse das unidades federais e do Estado ao Município significa prefeiturização e este não é o nosso caso.

Esta é a opinião do pediatra Luiz Prata, ex-Secretário Municipal de Saúde de Manhuaçu, que exerceu as duas gestões anteriores à atual, implantando o SUS com controle social.

Prata considera a experiência do SUS Manhuaçu exemplar:

- A primeira exigência para a implantação do SUS é vontade política, questão determinante, inclusive, no que se relaciona à alocação de recursos por outras esferas de Governo .

Prata acha que a melhoria salarial dos profissionais de saúde é uma prioridade imediata. E faz uma comparação enfática:

- Há pouco mais de quatro anos o salário do médico, por exemplo, correspondia a 7,6 salários mínimos e hoje não chega a três mínimos.

Ele citou uma outra medida que considera prioritária: o estabelecimento de um consórcio de saúde com cerca de 17 municípios vizinhos:

Para Luiz Prata, "a primeira exigência para a implantação do SUS é a vontade política".

- Esta discussão precisa ser acelerada, levando em conta que as cidades próximas representam uma sobrecarga de 25% nos serviços ambulatoriais e de 40% nos atendimentos de emergência nas unidades de Manhuaçu.

A participação e o controle social são características básicas do processo de municipalização da saúde em Manhuaçu (MG). Foi o Conselho Local de Saúde de Realeza, um dos distritos do município, que, preocupado com o perigo de proliferação do cólera, solicitou a imediata construção de uma Estação de Tratamento de Esgoto. Realeza fica no entroncamento das rodovias BR 116 (Rio-Bahia) e BR 262 (Belo Horizonte-Vitória) e embora tenha apenas 1.200 habitantes, recebe diariamente cerca de 10 mil pessoas, passageiros de cerca de 300 ônibus oriundos das mais diversas regiões do País, que têm ponto de apoio no local e jogam ali seus detritos, transformando a região em área de risco.

Reconhecida pela Secretaria Municipal de Saúde, pela Prefeitura e pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas como uma prioridade, a estação foi construída em oito meses, com investimento da ordem de Cr$ 1 bilhão.

- Este é apenas um exemplo, para demonstrar que a organização dos serviços e a definição de prioridades são decididos a partir do Conselho Municipal de Saúde (CMS), observa Luiz Prata, ex-Secretário Municipal de Saúde, que implementou o controle social no sistema de saúde da cidade.

Segundo ele, o CMS tem caráter permanente e deliberativo e constitui-se na instância máxima para avaliação e controle da política de saúde, inclusive decidindo onde alocar recursos. Ele é composto por 26 membros, metade representando a Prefeitura, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde e outra metade os usuários.

FALA O USUÁRIO

Para o técnico de manutenção hospitalar Artur Eler, membro do Conselho Municipal (CMS) e presidente do Conselho da 2ª Zona Sanitária, a estrutura do sistema de participação ainda merece melhorias:

- Com o objetivo de organizar a mobilização popular que já existia, os Conselhos municipal, zonais e locais foram instalados meio de cima para baixo, situação que vamos inverter agora na sua renovação, quando deveremos reformar os regimentos internos. Mas não se pode deixar de reconhecer que já demos um grande salto. Antes da municipalização, a situação de saúde era de total abandono e hoje o atendimento é bom.

Já o escriturário Benoni da Paixão, outro membro do CMS, acha que tudo mudou com a descentralização do poder:

- A situação de saneamento básico de Nossa Senhora Aparecida, um dos bairros mais carentes do zonal que represento, era de verdadeira calamidade pública. Levamos o assunto ao CMS e conseguimos que o órgão municipal responsável ligasse a rede mestre de esgoto, que as famílias mais carentes fossem liberadas da taxa de ligação e obtivessem fornecimento gratuito de manilhas - frisou Benoni.

Uma das visões mais críticas foi expressa pela Presidente do Sindicato dos Professores, Dorca Pires Vidal, também do CMS:

Dorca Vidal diz que o controle social sobre o sistema deve ser aprimorado.

Ladiro Robadel acha que a fixação de médicos na zona rural ainda é o grande desafio.

- O Conselho é formado, em sua maioria, por pessoas não esclarecidas e de dentro do próprio sistema, o que possibilita manipulação. Nem toda verba que chega beneficia de fato o usuário e ainda existem muitas carências. O prédio da Policlínica, onde também funciona o pronto-socorro, tem uma boa fachada, mas está mal localizado, com acesso por uma enorme ladeira. Além disso, não adianta ter médico se não houver remédios e a falta de medicamentos é um problema aqui - criticou ela.

Na Comunidade Rural de Guarani, situada na Região Sanitária II, que abrange as zonas sanitárias da área rural, o relógio marca pouco mais de 12 horas e um grupo de alunos da Escola Municipal João Claudio Robadel espera pelo início das aulas do turno da tarde.

Ladiro Robadel, agricultor e membro do CMS e do Conselho Zonal de Reduto, diz que "aqui moram 150 famílias, o médico vem uma vez por semana e atende nas dependências da escola ou na igreja. Em caso de necessidade, também procuramos o posto de Vila Jaguari ou o Centro de Saúde de Reduto. Quando a situação é mais séria ou urgente, nos deslocamos até a Policlínica e o pronto-socorro, no centro de Manhuaçu, distante 30 minutos de carro. A fixação do médico em todos os bairros, principalmente na zonal rural, ainda é o grande desafio".

Sem medo de municipalizar

ANTONIO IVO DE CARVALHO*

Algo novo pode estar surgindo no cenário do ainda virtual Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O documento **"Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a Lei"**, atualmente em discussão no Ministério da Saúde e entre as instituições componentes do Conselho Nacional de Saúde, sinaliza uma promissora disposição de enfrentar resistências e pôr em prática os dispositivos constitucionais da descentralização e unificação do sistema.

Panacéia sanitária para uns, pandemônio assistencial para outros, o SUS, após quatro anos de aprovada a Constituição, mal saiu do papel. Pior que isso, significou um retrocesso em alguns aspectos.

Olimpicamente e ao arrepio das leis 8.080 e 8.142, a gestão Alceni Guerra edita em janeiro de 91 a malfadada Norma Operacional Básica n^0 1, uma espécie de "SUS ao contrário". Universalizando o sistema de compra de serviços até então vigente apenas nos contratos com o setor privado, o Governo Federal atingiu vários coelhos com uma só cajadada anti-SUS: rebaixou estados e municípios da condição de co-gestores a meros prestadores-vendedores de serviços ao sistema federal; achatou os gastos com a rede pública; estimulou a produção de atos médicos em detrimento das ações de promoção e prevenção e cristalizou desigualdades na distribuição de recursos, cujo controle foi hipercentralizado em Brasília, em nome de obscuros critérios de eficiência e distante de qualquer compromisso com metas ou resultados.

A municipalização foi desfigurada de seu sentido original. O cumprimento de preceitos legais (criação do Fundo Municipal, Plano de Saúde e Conselho) passou a ser mera exigência burocrática para recebimento de recursos, sempre no regime de faturamento de serviços produzidos.

Não é de espantar que, sob os auspícios de uma política econômica recessiva e de desmonte do setor público, os serviços assistenciais tenham se deteriorado e o quadro sanitário se agravado.

Pagando pelo que fez, pelo que deixou de fazer e pelas mazelas herdadas do passado, o SUS é candidato a bode expiatório na reforma constitucional de outubro. Junto a outras generosidades constitucionais que pretenderam mitigar a tragédia social brasileira, ele é hoje apresentado como uma das utopias a serem retiradas da Constituição.

O documento elaborado nas instâncias do Ministério da Saúde localiza, já no título, o cerne do problema: conjugar vontade política com esforço técnico não para formular políticas gerais, mas para operacionalizar diretrizes já estabelecidos em Lei. Revela a compreensão de que é do Executivo Federal a responsabilidade dessa operacionalização, porque nele se localizam as principais resistências e pressões anti-SUS.

O documento apresenta uma proposta de operacionalização da municipalização; estabelece um caminho entre a situação atual e a desejada, definindo três etapas de acordo com requisitos gerenciais previamente pactuados e assume e respeita a diversidade de situações, colocando o município como co-protagonista e não como alvo do processo.

Vale a pena destacar alguns aspectos da incipiente municippalização.

Em primeiro lugar, o financiamento. É evidente que os atuais **US$ 80 per capita**, qualquer que seja o padrão de eficiência com que sejam gastos, só viabilizam um magérrimo cardápio de prestações à população, dificilmente capaz de protegê-la contra os riscos à saúde. A implantação do SUS, com universalidade, eqüidade e efetividade não será possível sem que simultaneamente se eleve o volume de recursos alocados.

O fato de países semelhantes ao Brasil alocarem recursos muito mais volumosos demonstra que é possível compreender a proteção sanitária não apenas como direito de cidadania, mas como investimento no futuro.

Em segundo lugar, as atribuições e relações recíprocas entre as três esferas de governo. Aqui o desafio é estabelecer no "continente" brasileiro de 27 estados e quase 4.500 municípios, um sistema de saúde que deva ser **único** na organização e na prestação da assistência e **descentralizado** na gestão.

É evidente que um País como o Brasil, onde desigualdades geográficas, culturais e econômicas acompanham e agravam as desigualdades sociais, não pode ser tratado por igual. Nada mais heterogêneo que o universo dos municípios brasileiros. Um quarto da população mora nas 25 cidades com mais de 500 mil habitantes, enquanto outro quarto pulveriza-se pelos três mil municípios com menos de 20 mil habitantes.

Embora a eloqüência desses números tenha sustentado argumentações centralizadoras, sempre alardeando riscos de pulverização, a verdade é que o sistema ainda peca muito mais por falta do que por excesso de descentralização. No entanto, no momento em que se começa a dotar os municípios de poderes reais de gestão única (tal como corretamente proposto pelo documento), coloca-se a necessidade de pensar a regionalização e hierarquização da oferta como forma de viabilizar a universalidade e a eqüidade no acesso aos recursos assistenciais.

E aqui é exatamente o momento de superar a velha e arraigada prática de uma relação vertical entre as esferas de governo, fundada em diferenciais de poder, e evoluir para uma relação União-estados-municípios caracterizada pela parceria gerencial, horizontalidade e divisão de atribuições, capaz de pactuar solidariamente a correção das desigualdades regionais e a otimização dos recursos.

Ganham papel estratégico as comissões tripartite no plano federal (União-estados-municípios) e bipartites, no plano estadual (Estado-município), como espaços político-técnicos de negociação e ação solidária das esferas gestoras do SUS, sempre acompanhadas e fiscalizadas pelos respectivos conselhos de saúde.

Por fim, já é tempo de ultrapassar o enfoque limitado da assistência médica e incorporar ao universo conceitual e prático do SUS outras modalidades de intervenção no processo saúde-doença. Cólera, dengue, violência urbana, aids, etc. estão aí a apontar para os fatores sociais, psíquicos e ambientais que cada vez demandam mais intervenção.

Avançar na implementação do SUS exige, assim, avanços no estabelecimento de um novo modelo assistencial que, conjugue ações nesses diversos campos.

Antonio Ivo de Carvalho é Pesquisador no Núcleo de Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz.